

Attachment 1a- PRAMS Phase 8 Questions for Cognitive Testing (English version)

Note to reviewers: During the cognitive interview skip patterns will be explored.

The Public Health Service Act provides us with the authority to do this research (42 United States Code 242k). All information which would permit identification of any individual, a practice, or an establishment will be held confidential, will be used for statistical purposes only by NCHS staff, contractors, and agents only when required and with necessary controls, and will not be disclosed or released to other persons without the consent of the individual or the establishment in accordance with section 308(d) of the Public Health Service Act (42 USC 242m) and the Confidential Information Protection and Statistical Efficiency Act (PL-107-347).

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 85 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road, MS D-24, Atlanta, GA 30333, ATTN: PRA (0920-0222).

OMB #0920-0222; Expiration Date: 06/30/2015

ENGLISH VERSION QUESTIONS

1. **In the 12 months before you got pregnant with your new baby, did you have a routine or annual checkup with your regular health care provider?** This may also be called a well-woman visit.

No

Yes → **Go to Question 3**

2. **Why didn't you have a routine or annual check-up in the 12 months before you got pregnant with your new baby?**
Check ALL that apply. Then go to Question 6.

I didn't have health insurance to cover the cost of the visit

I felt fine and did not think I needed to have a visit

I couldn't get an appointment that fit my schedule

I had no way to get to the clinic or doctor's office

I couldn't take time off from work

I couldn't take time off from school

Other → Please tell us:

3. **In the 12 months before you got pregnant with your new baby, where did you go for your annual checkup?** Check ONE answer

Private doctor's office of my family doctor

Private doctor's office of my OB/GYN

Hospital clinic

Health department clinic

Other → Please tell us:

4. How satisfied were you with the overall quality of care you received during your annual checkup in the 12 months before you got pregnant?

- Very Satisfied
- Satisfied
- Dissatisfied
- Very dissatisfied

5. At your routine or annual checkup in the 12 months before you got pregnant, did a doctor, nurse or other health care worker do any of the following things? For each item, check No if they did not or Yes if they did.

	No	Yes
a. Advise me to take a vitamin with folic acid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Talk to me about maintaining a healthy weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Talk to me about controlling any medical conditions such as diabetes or high blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Talk to me about my desire to have or not have children	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Talk to me about using birth control to prevent pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Talk to me about how I could improve my health before a pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ask me if I was smoking cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ask me if someone was hurting me emotionally or physically	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ask me if I was feeling down or depressed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ask me about the kind of work I do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Test me for sexually transmitted infections such as chlamydia, gonorrhea, or syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Test me for HIV (the virus that causes AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. What kind of health insurance did you have the month before you got pregnant and for prenatal care? Check the boxes that describe your health insurance one month before your pregnancy and during your pregnancy. Check ALL that apply for each time period.

Type of Insurance	Month before Pregnancy	During Pregnancy
a. Private health insurance from my job or the job of my husband or partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Private health insurance from my parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Health insurance from the Health Care Market Place (health care exchange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Health insurance purchased directly from an insurance company	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. TRICARE or other military health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Indian Health Service or tribal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Other=> Please tell us	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	----- ----- -----	----- ----- -----
i. I did not have health insurance (Go to Question 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you did not have health insurance during the month before pregnancy, go to Question 7, otherwise go to Question 8.

7. What was the reason that you did not have any health insurance during the month before you got pregnant with your new baby? Check ALL that apply

- Health insurance was too expensive
- I could not get health insurance from my job or the job of my husband or partner
- I applied for health insurance, but was waiting to get it
- I applied for health insurance, but was refused because of a preexisting medical condition
- I had problems with the health insurance application
- My income was too high for the public program I wanted to apply for
- I didn't know how to get health insurance
- I am not a US citizen or I don't have the right residency documents
- Other → Please tell us

8. During the 12 months before you got pregnant with your new baby, did any of the following people push, hit, slap, kick, choke, or physically hurt you in any other way? For each option check **No** if they did not do anything to you or **Yes** if they did.

	No	Yes
a. My current husband or partner		
b. My ex-husband or ex-partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Another family member	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Someone else	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. During the 3 months before you got pregnant with your new baby, did you have any thyroid problems?

- No
- Yes, I had hypothyroidism
- Yes, I had hyperthyroidism
- Yes, I had both hypothyroidism and hyperthyroidism
- I don't know

10. Have you or your husband or partner ever experienced infertility (difficulty getting pregnant)?

- No → Go to Question 12
- Yes, I have
- Yes, my husband or partner has
- Yes, we both have

Yes, but the cause was unknown

11. Have you been diagnosed with polycystic ovary syndrome, known also as PCOS?

- No
- Yes
- I don't know

12. At any time during your most recent pregnancy, did you work at a job for pay?

- No → Go to Question 17
- Yes

13. During your most recent pregnancy, which of the following describes your usual work shift at your main job?
Check ONE answer.

- Day shift (most working hours between 8 am and 4 pm)
- Evening shift (most working hours between 4 pm and midnight)
- Night shift (most working hours between midnight and 8 am)
- Rotating shift, including nights
- Rotating shift, not including nights
- Irregular night shift (your shift was unpredictable, and included some nights each month)
- Irregular day/evening shift (your shift was unpredictable, but did not include nights)

14. During your most recent pregnancy, please tell us how much time per day you spent doing each of the following activities at your main job. Please check the box that describes the amount of time each day you spend doing each thing.

Activity	Hardly ever	Less than half the time	More than half the time	Almost all the time
a. Standing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sitting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bending at the waist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lifting 20 pounds or more (similar to a large bag of dry animal food)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pushing or pulling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Please tell us about your MAIN job during your most recent pregnancy. What was your job title and what were your usual activities or duties?

Job title: Open-ended verbatim response

Job duties: Open-ended verbatim response

16. Thinking about your MAIN job during your most recent pregnancy, what type of company did you work for (what did the company do or make)?

Open-ended verbatim response

Don't know

17. During your most recent pregnancy, were you told by a doctor, nurse, or other health care worker that you had any of the following conditions:

No Yes

- a. Gestational diabetes (diabetes that started during this pregnancy)
- b. High blood pressure (that started during this pregnancy), pre-eclampsia or eclampsia
- c. Depression

18. During your most recent pregnancy, did your doctor, nurse or other health care provider tell you to test your blood for high levels of sugar (or glucose) at home every day by doing a finger prick?

No

Yes

19. During any of your prenatal care visits, did a doctor, nurse, or other health care worker do a blood test or other laboratory test for any of the following conditions? For each item, check No if they did not or Yes if they did it.

	No	Yes
a. Anemia (low iron in the blood)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gestational diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sexually Transmitted infections such as chlamydia or gonorrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Birth defects in the baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. At any time during your most recent pregnancy or delivery, did you have a test for HIV (the virus that causes AIDS)?

No

Yes → Go to Question 22

I don't know → Go to Question 22

21. Why didn't you have an HIV test during your most recent pregnancy or delivery?

Check ALL that apply

I was not offered the test

I did not want to have the test

I already knew my HIV status

I did not think I was at risk for HIV

I did not want people to think I was at risk for HIV

I was afraid of getting the result

I was tested *before* this pregnancy, and did not think I needed to be tested again

Other → **Please tell us:** _____

22. During your most recent pregnancy, did you receive a Tdap shot or vaccination? Tdap is a tetanus booster shot that also protects against pertussis (whooping cough). Check ONE answer

No, I have never received Tdap

No, but I received Tdap *before* my pregnancy

No, but I received Tdap *after* my pregnancy

Yes, I received Tdap *during* my pregnancy

I don't know

23. Did your husband or partner push, hit, slap, kick, choke, or physically hurt you in any other way during any of the following time periods? For each time period, check **No** if it did not happen then, or **Yes** if it did.

	No	Yes
a. In the 12 months before I got pregnant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. During my most recent pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Since my new baby was born	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note to reviewers: Versions 1, 2, and 3 of the tobacco questions will be randomly assigned.

Version 1 - E-cigarettes and Hookah

24. In the 3 months *before* you got pregnant, did you ever use e-cigarettes? If so, how many times did you use e-cigarettes on an average day? *E-cigarettes* are battery-powered devices that look like cigarettes, but produce vapor instead of smoke.

I did not use e-cigarettes during the 3 months before I got pregnant

Less than 1 time a day

1 to 5 times a day

6 to 10 times a day

11 to 20 times a day

21 to 40 times a day

41 times or more a day

25. In the ***last 3 months*** of your pregnancy, did you use e-cigarettes? If so, how many times did you use e-cigarettes use on an average day?

I did not use e-cigarettes during the last 3 months of my pregnancy

Less than 1 time a day

1 to 5 times a day

6 to 10 times a day

11 to 20 times a day

21 to 40 times a day

41 times or more a day

26. In the ***3 months before*** you got pregnant, did you ever smoke hookah? If so, how often did you smoke it in an average month? A hookah is a water pipe that is used to smoke tobacco.

I did not smoke hookah during the 3 months before I got pregnant

Once a month

2-3 times per month

Once a week

2-3 times per week

Daily

27. In the ***last 3 months*** of your pregnancy did you ever smoke hookah? If so, how often did you smoke it in an average month?

I did not smoke hookah during the last 3 months of my pregnancy

Once a month

2-3 times per month

Once a week

2-3 times per week

Daily

Version 2 - E-cigarettes and Hookah

The following section is about using e-cigarettes and hookah before and during pregnancy.

E-cigarettes are battery-powered devices that look like cigarettes, but produce vapor instead of smoke.

Hookahs are water pipes that are used to smoke tobacco.

28. Did you ever use e-cigarettes in the *3 months before* you got pregnant or in the *last 3 months* of your pregnancy? If so, how many did you use on an average day? Check the boxes that describe how often you used e-cigarettes before and during your pregnancy. Check ONE answer for each time period.

How often you used e-cigarettes	3 months before pregnancy	Last 3 months of pregnancy
a. I did not use e-cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Less than 1 time a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 1 to 5 times a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 6 to 10 times a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 11 to 20 times a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 21 to 40 times a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 41 times or more a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Did you ever smoke hookah in the *3 months before* you got pregnant or in the *last 3 months* of your pregnancy? If so, how often did you smoke in an *average month*? Check the boxes that describe how often you used hookah before and during your pregnancy. Check ONE answer for each time period.

How often you smoked hookah	3 months before pregnancy	Last 3 months of pregnancy
a. I did not smoke hookah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Once a month	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 2-3 times a month	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Once a week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 2-3 times a week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Daily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Version 3 - Tobacco Products

Filter Question

30. In the *past 2 years* have you ever used any of the following tobacco products? For each item, check Y if you used it or N if you didn't.

	No	Yes
a. E-cigarettes (battery-powered devices that look like cigarettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hookah (a water pipe that is used to smoke tobacco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Chew or snuff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lozenges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you used e-cigarettes or hookah, go to Question 31, otherwise go to Questions 33.

31. How many e-cigarettes did you use on an average day in the *3 months before* you got pregnant and in the *last 3 months of your pregnancy*? Check the boxes that describe how often you used e-cigarettes before and during your pregnancy. Check ONE answer for each time period.

How often you used e-cigarettes	3 months before pregnancy	Last 3 months of pregnancy
a. I did not use e-cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Less than 1 time a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 1 to 5 times a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 6 to 10 times a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 11 to 20 times a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 21 to 40 times a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 41 times or more a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you did not smoke hookah go to question 33.

32. How often did you smoke hookah or waterpipe in the *3 months before* you got pregnant and in the *last 3 months of your pregnancy*? Check the boxes that describe how often you used hookah before and during your pregnancy. Check ONE answer for each time period.

How often you used hookah	3 months before Pregnancy	Last 3 months of Pregnancy
a. I did not use hookah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Once a month	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 2-3 times a month	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Once a week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 2-3 times a week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Daily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Did you smoke any cigarettes in the *3 months before* you got pregnant or in the *last 3 months of your pregnancy*?

No → Go to Question 37

Yes

34. During *your most recent pregnancy*, did your health insurance pay for counseling, medications, or any other method to help you quit smoking?

No

Yes, but I had to make a co-payment

Yes, with no co-payment

I don't know

I did not have health insurance

35. During your most recent pregnancy, did you know that your health insurance would help cover the costs for services or medications to help you quit smoking?

No → Go to Question 37

Yes

36. How did you learn about coverage offered by your health insurance for methods to help you quit smoking?

A doctor, nurse or other health care provider told me

I spoke to someone from my health insurance company

A family member or friend told me

I read materials provided by my health insurance company or went to their website

Other → Please tell us: _____

37. After your new baby was born, did a trained health care provider talk with you about breastfeeding or help you learn how to breastfeed your baby? For each item, check **No** if they did not or **Yes** if they did.

	No	Yes
A doctor talked with me or helped me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A nurse or midwife talked with me or helped me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A breastfeeding or lactation specialist talked with me or helped me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Another trained health care provider talked with me or helped me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Please tell us: _____		

38. What kind of help did you receive from the provider who talked with you about breastfeeding?

For each item, check **No** if it did not receive this help or **Yes** if you did.

	No	Yes
Help getting my baby to latch on		
Tips on how to breastfeed my baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information about the benefits of breastfeeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information about pumping my breast milk when I have to be apart from my baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information about where to get a breast pump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Help using the breast pump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information about where to get help with breastfeeding if I needed it later	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other → Please tell us: _____		

39. Since your new baby was born, have you had a postpartum checkup for yourself? A postpartum checkup is the regular checkup a woman has about 4-6 weeks after she gives birth.

No → Go to Question 41

Yes

40. **During your postpartum checkup, did your doctor, nurse, or other health care provider do any of the following things?** For each item, check **No** if they did not do it or **Yes** if they did.

	No	Yes
a. Advise me to take a vitamin with folic acid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Talk to me about healthy eating, exercise, and losing weight gained during pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Test me for diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ask me if I was smoking cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ask me if someone was hurting me emotionally or physically	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ask me if I was feeling down or depressed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Talk to me about how long to wait before getting pregnant again	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Talk to me about birth control methods I can use after giving birth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Give or prescribe me a contraceptive method such as the pill, patch, NuvaRing or condoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Give me a contraceptive shot (Depo-Provera [®])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Insert an IUD (Mirena [®] , ParaGard [®] , or Skyla [®])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Insert a contraceptive implant (Nexplanon [®] or Implanon [®])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. **What kind of breastfeeding support did you need and what kind of support did you receive after you left the hospital?** For each one, check **Need** if it was a type of breastfeeding support you needed and **Receive** if it was a type of breastfeeding support you received.

	Need	Receive
Someone to answer my questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Help getting my baby positioned correctly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Help knowing if my baby was getting enough milk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Help with managing pain or bleeding nipples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information about where to get a breast pump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Help using the breast pump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information about breastfeeding support groups	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other → Please tell us: _____		

42. **After leaving the hospital, did you get any advice, help, or support for breastfeeding from a health care provider, family member, friend or support group?**

No → Go to Question 44

Yes

43. **Which of the following sources gave you breastfeeding support after you left the hospital?**

Check ALL that apply

Breastfeeding specialist or lactation consultant from the hospital

Your doctor or other health care provider

Your baby's doctor or health care provider

Breastfeeding support group

Breastfeeding hotline or toll-free number

Family or friends

Other → Please tell us: _____

44. Did you use a breast pump to express milk to feed to your new baby?

No → Go to Question 49

Yes

45. Are you still using a breast pump to express milk to feed your baby?

No → Go to Question 49

Yes

46. Did your health insurance pay for the cost of the breast pump?

No

Yes, but I had to make a co-payment

Yes, with no co-payment

I don't know

I did not have health insurance

47. Where did you get the breast pump that you use most of the time?

The hospital gave it to me

I rented it from the hospital

I rented it from a health care provider

I bought it from a health care provider

I bought it from a medical equipment supplier

I bought it new from a store

I bought it used

I received it new as a gift

Someone gave it to me used

I had it from a previous child

Other →

48. What kind of breast pump do you use most of the time?

Electric plug-in breast pump

Battery-operated breast pump

Manual breast pump

49. Did a doctor, nurse, or other health care worker talk with you about how your new baby should sleep, such as sleep position and sleep location?

No
Yes

50. Listed below are some things that describe how your new baby usually sleeps. For each item, check **No** if it doesn't usually apply to your baby or **Yes** if it usually applies to your baby.

No Yes

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. My new baby sleeps with pillows or cushions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. My new baby sleeps with bumper pads | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. My new baby sleeps with a comforter, quilt or thick blankets | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. My new baby sleeps with a thin blanket or sheet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. My new baby sleeps with stuffed toys | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. My new baby sleeps with an infant sleep positioner or wedge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. My new baby sleeps with a Boppy or U-shaped pillow | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. My new baby sleeps with me | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. My new baby sleeps with other adults | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. My new baby sleeps with other children | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

51. Listed below are some places in which babies commonly sleep. Please indicate which describes where your baby usually sleeps? Check ONE answer

- Crib or portable crib
- Bassinet or cradle
- Adult bed or mattress
- Waterbed
- Futon, couch, or sofa
- Chair or recliner
- Playpen or pack n' play
- Car seat
- Stroller
- Swing
- Someplace else → Please tell us _____

52. Since your new baby was born, how often have you been frustrated when you tried to obtain health care services for him or her?

- Never → Go to Question 54
- Rarely → Go to Question 54
- Sometimes
- Often

Always

53. Why have you felt frustrated when you tried to obtain health care services for your new baby? Check ALL that apply

- The services that I needed were not available in my area
- There were waiting lists or other problems getting an appointment
- My health insurance would not pay for the services that I needed
- Other → Please tell us

54. Since your new baby was born, have you received information about infant products (such as cribs, medicines, toys) that should be taken off the market (product recalls)?

- No → Go to Question 56
- Yes

55. From where did you receive information about infant product recalls? Check ALL that apply

- Product manufacturers
- Doctor, nurses, or other health care worker
- Newspaper, radio, TV, internet
- Friends or family members
- In-store recall notices
- Other source → Please tell us _____

56. Have any of your close family members who are related to you by blood (mother, father, sisters, or brothers) had any of the conditions listed below? For each item, check No if no one in your family has the condition, Yes if someone in your family has the condition, or Don't Know if you don't know.

	No	Yes	Don't Know
a. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Heart attack before age 55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. High blood pressure (hypertension)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Breast cancer before age 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ovarian cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. How long has it been since you had your teeth cleaned by a dentist or a dental hygienist?

- Within the past year (less than 12 months)
- More than 1 year ago, but less than 2 years
- 2 to less than 5 years ago
- 5 or more years ago
- I have never had my teeth cleaned

58. Below is a list of things that some people do to prepare in the event of an emergency situation. For each one, please tell us if you have done it or not. For each item, circle **Y** (Yes) if it is something you have done to prepare for an emergency, or circle **N** (No) if it is not.

- a. I have an emergency meeting place for family members (other than my home)N Y
- b. I have a plan for how my family and I would keep in touch if we were separatedN Y
- c. I have an evacuation plan if I need to leave my home and community N Y
- d. I have an evacuation plan for my child or children in case of emergency (permission for day care or school to release my child to another adult)N Y
- e. I have copies of important documents like birth certificates and insurance policies in a safe place outside my homeN Y
- f. I have emergency supplies in my home for my family such as enough extra water, food, and medicine to last for at least three daysN Y
- g. I have emergency supplies that I keep in my car, at work, or at home to take with me if I have to leave quicklyN Y
- h. My family and I have practiced what to do in an emergency at home.....N Y

59. In a large disaster or emergency, what is the MAIN way you would communicate with relatives and friends? Check ONE answer

- Regular home telephones (landlines)
- Cell phones
- Email
- Social media such as Facebook
- Pager
- 2-way radios
- Other → Please tell us _____

60. What kind of health insurance do you have now? Check ALL that apply

- Private health insurance from my job or the job of my husband or partner – end interview
- Private health insurance from my parents – end interview
- Health insurance from the Health Care Market Place (health care exchange) – end interview
- Health insurance purchased directly from an insurance company – end interview
- Medicaid – end interview

TRICARE or other military health care – end interview

Indian Health Service or tribal – end interview

Some other kind of health insurance => Please tell us _____ - end interview

I do not have health insurance *now* – Go to question 57

61. What is the reason that you do not have any health insurance *now*? Check ALL that apply

Health insurance is too expensive

I cannot get health insurance from my job or the job of my husband or partner

I applied for health insurance, but I am still waiting to get it

I had problems with the health insurance application

My income is too high for the public program I want to apply for

I don't know how to get health insurance

I am not a US citizen or I don't have the right residency documents

Other → Please tell us

Attachment 1b- PRAMS Phase 8 Questions for Cognitive Testing (Spanish version)
Note to reviewers: During the cognitive interview skip patterns will be explored.

The Public Health Service Act provides us with the authority to do this research (42 United States Code 242k). All information which would permit identification of any individual, a practice, or an establishment will be held confidential, will be used for statistical purposes only by NCHS staff, contractors, and agents only when required and with necessary controls, and will not be disclosed or released to other persons without the consent of the individual or the establishment in accordance with section 308(d) of the Public Health Service Act (42 USC 242m) and the Confidential Information Protection and Statistical Efficiency Act (PL-107-347).

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 85 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road, MS D-24, Atlanta, GA 30333, ATTN: PRA (0920-0222).

OMB #0920-0222; Expiration Date: 06/30/2015

SPANISH VERSION QUESTIONS

1. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue usted a su control anual o habitual con su proveedor de atención médica? A esta visita también se le puede llamar visita de control de la mujer sana.

No

Sí → Pase a la pregunta 3

2. ¿Por qué usted no fue al control anual o habitual en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé? Marque TODAS las opciones que correspondan. **Pase a la pregunta 6**

No tenía seguro médico para cubrir el costo de la visita

Me sentía bien y no pensé que necesitaba ir a la visita de control

No pude conseguir una cita que se ajustara a mi horario

No tenía medios para ir hasta el centro médico o al consultorio médico

No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo

No pude conseguir que me dieran tiempo libre en la escuela

Otra razón → Por favor indique cuál:

3. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dónde se hizo usted el control anual? Marque UNA respuesta.

El consultorio privado de mi doctor de familia

El consultorio privado de mi ginecólogo-obstetra

Centro hospitalario

Centro médico del departamento de salud

Otro lugar → Por favor indique cuál:

4. Indique su nivel de satisfacción general con respecto a la atención que recibió durante su control anual en los 12 meses antes de quedar embarazada.

- Muy satisfecha
- Satisfecha
- Insatisfecha
- Muy insatisfecha

5. En su control anual o habitual en los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿el doctor, la enfermera u otro profesional de salud le habló de alguno de los siguientes temas? En cada caso, marque No, si no le habló, o Sí, si le habló.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| m. Me recomendó que tomara una vitamina que tuviera ácido fólico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Me habló de mantener un peso saludable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Me habló de controlarme cualquier afección que tuviera, como por ejemplo diabetes o presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. Me habló sobre si yo quería tener o no hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q. Me habló sobre usar métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r. Me habló de lo que yo podía hacer para mejorar mi salud antes de un embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t. Me preguntó si alguien estaba lastimándome emocionalmente o físicamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| u. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| w. Me hizo una prueba para detectar enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| x. Me hizo la prueba del VIH (el virus que causa el sida) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted el mes antes de quedar embarazada y durante el cuidado prenatal? Marque las casillas que describan su seguro médico un mes antes de su embarazo y durante su embarazo. Marque todas las respuestas que correspondan a cada período.

Tipo de seguro	Mes antes del embarazo	Durante el embarazo
a. Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Seguro médico privado de mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Seguro médico del Mercado de Seguros Médicos (conocido en inglés como <i>Health Care Market Place</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Seguro médico comprado directamente de una compañía de seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. TRICARE u otro servicio de salud militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Servicio de salud indio (IHS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h. Otro=> Por favor indique cuál:	□ _____	□ _____
i. No tenía seguro médico - Pase a la pregunta 7	□	□

Si usted no tenía seguro médico el mes antes de quedar embarazada, pase a la pregunta 7, de lo contrario, pase a la pregunta 8.

7. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebe? Marque TODAS las que correspondan

El seguro médico era demasiado caro

No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja

Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía

Solicité el seguro médico, pero me rehusaron debido a que tenía una condición médica preexistente

Tuve problemas con la solicitud o el papeleo del seguro médico

Mi ingreso era demasiado alto para el programa público por la que quería solicitar

No sabía cómo obtener seguro médico

No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados

Otra → Por favor, escríbala:

8. Durante los 12 meses antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, abofeteó, pateó, estranguló o de alguna manera la lastimó físicamente? Para cada opción marque **No, si no le hicieron nada, o **Sí**, si lo hicieron.**

	No	Sí
e. Mi esposo o pareja actual		
f. Mi exesposo o expareja	□	□
g. Otro familiar	□	□
h. Otra persona	□	□

9. En los 3 meses antes de quedar embarazada con su nuevo bebé, ¿tuvo algún problema de tiroides?

No

Sí, tuve hipotiroidismo

Sí, tuve hipertiroidismo

Sí, tuve tanto hipotiroidismo como hipertiroidismo

No sé

10. ¿Usted o su esposo o pareja han tenido alguna vez problemas de infertilidad (problemas para lograr un embarazo)?

No → Pase a la pregunta 12

Sí, he tenido problemas

Sí, mi esposo o pareja ha tenido problemas

Sí, los dos hemos tenido problemas

Sí, pero no se conocía la causa

11. ¿Le han diagnosticado síndrome del ovario poliquístico (conocido también por sus siglas en inglés como SOPC)?

No

Sí

No sé

12. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿trabajó en un empleo a sueldo?

No → Pase a la Pregunta 17

Sí

13. Durante su *embarazo más reciente*, ¿cómo describiría usted su turno normal de trabajo en su empleo *principal*? Marque UNA respuesta.

Turno de día (la mayoría de las horas de trabajo entre 8 de la mañana y 4 de la tarde)

Turno de tarde (la mayoría de las horas de trabajo entre 4 de la tarde y media noche)

Turno de noche (la mayoría de las horas de trabajo entre media noche y las 8 de la mañana)

Turno rotativo, incluidas las noches

Turno rotativo, sin incluir las noches

Turno de noche irregular (su turno era impredecible e incluía algunas noches todos los meses)

Turnos de día o de tarde irregulares (su turno era impredecible, pero no incluía noches)

14. Durante su embarazo *más reciente*, por favor indíquenos cuánto tiempo dedicaba diariamente a las siguientes actividades en su trabajo *principal*. Por favor, marque la casilla que describa la cantidad de tiempo que usted dedicaba a cada actividad diariamente.

Actividad	Casi nada	Menos de la mitad del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo
a. Permanecía de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Permanecía sentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Permanecía doblada en la cintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Levantaba 20 libras o más (un peso parecido al de una bolsa grande de comida para perros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Empujaba o jalaba cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Por favor cuéntenos sobre su trabajo PRINCIPAL durante su embarazo *más reciente*. ¿Qué cargo tenía y cuáles eran sus actividades o responsabilidades habituales?

Cargo:

Responsabilidades en el trabajo:

16. Con respecto a su trabajo PRINCIPAL *durante su embarazo más reciente*, ¿para qué tipo de compañía trabajaba (¿qué hacía o producía la compañía?)?

Respuesta actual

No sabe

17. Durante *su embarazo más reciente*, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que usted tenía alguna de las siguientes afecciones? No Sí

- a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante este embarazo)
- b. Presión arterial alta (que comenzó durante *este* embarazo), preclampsia o eclampsia
- c. Depresión

18. Durante su embarazo *más reciente*, ¿su doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que se hiciera una prueba de los niveles de azúcar (glucosa) en la sangre, en su casa y mediante el método de pinchado del dedo, para ver si estaban altos?

No
Sí

19. Durante *cualquiera de sus visitas de control prenatal*, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de salud le hizo un examen de sangre u otra prueba de laboratorio para detectar alguna de las afecciones siguientes? En cada caso, marque **No**, si no le hicieron ningún examen, o **Sí**, si le hicieron el examen.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| f. Anemia (nivel bajo de hierro en la sangre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Diabetes gestacional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Infecciones de transmisión sexual, como clamidia o gonorrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Sífilis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Defectos de nacimiento o congénitos en el bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. En algún momento durante su embarazo *más reciente* o parto *más reciente*, se hizo usted la prueba del VIH (el virus que causa el sida)?

No
Sí → Pase a la Pregunta 22
No sé

21. ¿Por qué no se hizo usted la prueba del VIH durante su embarazo *más reciente* o parto *más reciente*?

Marque TODAS las opciones que correspondan

- No me ofrecieron la prueba
- No quise hacerme la prueba
- Yo ya sabía si tenía o no tenía el VIH
- No pensé que corriera ningún riesgo de tener el VIH
- No quería que la gente pensara que yo corría riesgo de tener el VIH
- Le temía al resultado
- Me hicieron la prueba *antes* de este embarazo y no pensaba que necesitaba hacérmela de nuevo =>
- Otra razón → **Por favor indíquela:** _____

22. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le pusieron la vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina (conocida en inglés como Tdap)? La Tdap es un refuerzo de la vacuna contra el tétanos que también protege contra la tosferina (tos convulsa). Marque UNA respuesta.

No, nunca he recibido la Tdap
No, pero había recibido la Tdap *antes* del embarazo
No, pero recibí la Tdap *después* del embarazo
Sí, recibí la Tdap *durante* el embarazo

No sé

23. ¿Su esposo o pareja la empujó, golpeó, abofeteó, pateó, estranguló o de alguna otra manera la lastimó físicamente durante alguno de los siguientes períodos? Para cada período, marque **No**, si no sucedió en esa oportunidad, o **Sí**, si sucedió.

	No	Sí
a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Durante mi embarazo más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note to reviewers: Versions 1, 2, and 3 of the tobacco questions will be randomly assigned.

Version 1 - E-cigarettes and Hookah

24. En los 3 meses antes de que quedara embarazada, ¿alguna vez usó cigarrillos electrónicos? De ser así, ¿cuántas veces usaba cigarrillos electrónicos en un día normal? Los cigarrillos electrónicos son dispositivos que funcionan con batería y parecen cigarrillos, pero producen vapor en lugar de humo.

- Yo no usé cigarrillos electrónicos durante los 3 meses antes de quedar embarazada
- Menos de 1 vez al día
- Entre 1 y 5 veces al día
- Entre 6 y 10 veces al día
- Entre 11 y 20 veces al día
- Entre 21 y 40 veces al día
- 41 veces o más al día

25. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿usó usted cigarrillos electrónicos? De ser así, ¿cuántas veces usó usted cigarrillos electrónicos en un día normal?

- Yo no usé cigarrillos electrónicos en los últimos 3 meses de embarazo
- Menos de 1 vez al día
- Entre 1 y 5 veces al día
- Entre 6 y 10 veces al día
- Entre 11 y 20 veces al día
- Entre 21 y 40 veces al día
- 41 veces o más al día

26. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿fumó usted narguile (pipa de agua)? De ser así, ¿con qué frecuencia lo fumó durante un mes normal? El narguile es una pipa de agua que se utiliza para fumar tabaco.

- Yo no fumé narguile en los 3 meses antes de quedar embarazada
- Una vez al mes
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces a la semana
- Diariamente

27. En los *últimos 3 meses* de embarazo ¿alguna vez fumó narguile? De ser así, ¿con qué frecuencia lo fumó durante un mes normal?

- No fumé narguile durante los últimos 3 meses de embarazo.
- Una vez al mes
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces a la semana
- Diariamente

Version 2 - E-cigarettes and Hookah

La siguiente sección es sobre el uso de los cigarrillos electrónicos y el narguile antes y durante el embarazo.

Los **cigarrillos electrónicos** son dispositivos que funcionan con batería y parecen cigarrillos, pero producen vapor en lugar de humo.

Los **narguiles** son pipas de agua que se usan para fumar tabaco.

28. ¿Alguna vez usó cigarrillos electrónicos en los 3 meses *antes* de que quedara embarazada o en los *últimos 3 meses* de embarazo? De ser así, ¿cuántos usó en un día normal? Marque las casillas que describan cuántas veces usó cigarrillos electrónicos antes y durante el embarazo. Seleccione UNA respuesta para cada período.

¿Que tan seguido usó cigarrillos electrónicos?	3 meses <i>antes</i> de que quedara embarazada	<i>últimos 3</i> meses de embarazo
h. Yo no usé cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Menos de 1 vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Entre 1 y 5 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Entre 6 y 10 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Entre 11 y 20 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Entre 21 y 40 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 41 veces o más al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. ¿Alguna vez usted fumó narguile en los **3 meses *antes*** de que quedara embarazada o en los **últimos 3 meses de embarazo**? De ser así, ¿cuántas veces fumó en un **mes *normal***? Marque las casillas que describan cuántas veces usó narguile antes y durante el embarazo Seleccione UNA respuesta para cada período.

¿Que tan seguido fumó narguile?	3 meses <i>antes</i> de que quedara embarazada	<i>últimos 3</i> meses de embarazo
g. No fumé narguile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Una vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 2 o 3 veces al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 2 o 3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Version 3 - Tobacco Products

30. En los **últimos 2 años**, ¿ha consumido alguna vez alguno de los siguientes productos de tabaco? En cada caso, marque S, si lo consumió, o N, si no lo consumió.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Cigarrillos electrónicos (dispositivos que funcionan con batería y parecen cigarrillos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Narguile (pipa de agua que se usa para fumar tabaco) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tabaco para mascar o rapé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tabletas de nicotina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted usó cigarrillos electrónicos o narguile, pase a la pregunta 31, si no es así pase a la pregunta 33.

31. ¿Cuántos cigarrillos electrónicos usó en un día promedio en los **3 meses antes** de que quedara embarazada o en los **últimos 3 meses de embarazo**? Marque las casillas que describan cuántas veces usó cigarrillos electrónicos antes y durante el embarazo. Seleccione UNA respuesta para cada período.

¿Que tan seguido usó cigarrillos electrónicos?	3 meses <u>antes</u> de que quedara embarazada	<u>últimos 3</u> meses de embarazo
a. Yo no usé cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Menos de 1 vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Entre 1 y 5 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Entre 6 y 10 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Entre 11 y 20 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Entre 21 y 40 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 41 veces o más al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted no fumó narguile pase a la pregunta 33

32. ¿Cuántas veces fumó narguile o pipa de agua en los **3 meses antes** de que quedara embarazada o en los **últimos 3 meses de embarazo**? Marque las casillas que describan cuántas veces usó narguile antes y durante el embarazo. Seleccione UNA respuesta para cada período.

¿Que tan seguido fumó narguile?	3 meses <u>antes</u> de que quedara embarazada	<u>últimos 3</u> meses de embarazo
a. No fumé narguile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Una vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 2 o 3 veces al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 2 o 3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. ¿Alguna vez fumó cigarrillos en los **3 meses antes** de que quedara embarazada o en los **últimos 3 meses de embarazo**?

No → Pase a la Pregunta 22

Sí

34. Durante su *embarazo más reciente*, ¿su seguro médico pagó por consejería, medicamentos o cualquier otro método para ayudarla a dejar de fumar?

- No
- Sí, pero tuve que hacer un copago
- Sí, sin copago
- No sé
- No tenía seguro médico

35. Durante su *embarazo más reciente*, ¿sabía si su seguro médico la podría ayudar para cubrir los costos de servicios o medicamentos para ayudarla a dejar de fumar?

- No → Pase a la Pregunta 37
- Sí

36. ¿Cómo se enteró de que su seguro médico tenía cobertura para pagar por métodos para ayudarla a dejar de fumar?

- Un doctor, una enfermera u otro proveedor de atención médica me lo dijo
- Hablé con alguien de mi compañía de seguro médico
- Un familiar o amigo me lo dijo
- Leí información proporcionada por mi compañía de seguros o fui a su sitio web
- Otro → Por favor indique cuál: _____

37. Después de que naciera su nuevo bebé, ¿algún proveedor de atención médica capacitado le habló sobre la lactancia materna o la ayudó a aprender cómo amamantar al bebé? En cada caso, marque **No**, si no le habló, o **Sí**, si le habló.

	No	Sí
Un doctor habló conmigo y me ayudó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una enfermera o partera habló conmigo y me ayudó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una especialista o asesora en lactancia materna habló conmigo y me ayudó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro proveedor de atención médica capacitado habló conmigo y me ayudó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor díganos: _____		

38. ¿Qué tipo de ayuda recibió del proveedor de atención médica que habló con usted sobre la lactancia materna?

En cada caso, marque **No**, si no recibió esa ayuda o **Sí**, si la recibió.

	No	Sí
Ayuda para que mi bebé pudiera agarrar el pezón bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejos sobre cómo amamantar a mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información sobre los beneficios de amamantar al bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información sobre sacarme la leche materna si no voy a estar con el bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información sobre dónde conseguir una extractora de leche o bomba de lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayuda para usar la extractora de leche o bomba de lactancia

Información sobre a dónde ir después si necesito ayuda para amamantar

Otro lugar → Por favor indique cuál: _____

39. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

No → Pase a la Pregunta 41
Sí

40. Durante su chequeo de posparto, ¿su doctor, enfermera u otro proveedor de atención médica hizo algo de lo siguiente? En cada caso, marque **No**, si no hizo nada de eso, o **Sí**, si hizo algo.

	No	Sí
m. Me recomendó que tomara una vitamina que tuviera ácido fólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que gané durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Me hizo una prueba de diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Me preguntó si alguien estaba lastimándome emocionalmente o físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Habló conmigo sobre cuánto esperar para quedar embarazada otra vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que yo podía usar después de dar a luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, el NuvaRing o condones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Me puso una inyección anticonceptiva (Depo-Provera®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD, por sus siglas en inglés (Mirena®, ParaGard® o Skyla®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Me puso un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. ¿Qué tipo de asistencia para amamantar necesitó y qué tipo de asistencia recibió después de salir del hospital? En cada caso, marque **Necesité**, si fue un tipo de asistencia para amamantar que necesitó o **Recibí**, si fue un tipo de asistencia para amamantar que recibí.

	Necesité	Recibí
Alguien que respondiera mis preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda para poner al bebé en la posición correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda para saber si mi bebé estaba tomando suficiente leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda para controlar el dolor o los pezones que sangraban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información sobre dónde conseguir una extractora de leche o bomba de lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda para usar la extractora de leche o bomba de lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información sobre grupos de apoyo para la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra → Por favor indique cuál: _____		

42. Después de salir del hospital, ¿recibió algún consejo, ayuda o apoyo para amamantar al bebé, de parte de un proveedor de atención médica, familiar, amiga o grupo de apoyo?

No → Pase a la Pregunta 44

Sí

43. ¿Cuál de las siguientes fuentes le dio apoyo para amamantar al bebé después de que salió del hospital?

Marque TODAS las opciones que correspondan

Especialista o asesor en lactancia materna del hospital

Su médico u otro proveedor de atención médica

El médico o proveedor de atención médica de su bebé

Grupo de apoyo para la lactancia materna

Línea telefónica o número gratuito de ayuda para la lactancia materna

Familiares o amigos

Otra → Por favor indique cuál: _____

44. ¿Usted usó una bomba de lactancia para extraerse la leche para alimentar a su nuevo bebé?

No → Pase a la Pregunta 49

Sí

45. ¿Todavía está usando una bomba de lactancia para extraerse la leche para alimentar a su bebé?

No → Pase a la Pregunta 49

Sí

46. ¿Su seguro médico pagó por la bomba de lactancia?

No

Sí, pero tuve que hacer un copago

Sí, sin copago

No sé

No tenía seguro médico

47. ¿Dónde consiguió la bomba de lactancia que usa la mayor parte del tiempo?

Me la dio el hospital

La alquilé del hospital

La alquilé de un proveedor de atención médica

La compré de un proveedor de atención médica

La compré de un proveedor de equipos médicos

La compré nueva en una tienda

La compré usada

Me la regalaron nueva

Alguien me la dio usada
La tenía desde que nació mi bebé anterior
Otro →

48. ¿Qué tipo de bomba de lactancia usa la mayor parte del tiempo?

Bomba de lactancia eléctrica
Bomba de lactancia con pilas
Bomba de lactancia manual

49. ¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted sobre la forma en que su nuevo bebé debería dormir, como la posición y ubicación?

No
Sí

50. A continuación enumeramos algunas cosas que describen la forma en que su bebé duerme por lo general. En cada caso, marque No, si por lo general no se aplica a su bebé o Sí, si por lo general se aplica a su bebé.

	No	Sí
a. Mi nuevo bebé duerme con almohadas o cojines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi nuevo bebé duerme con protectores para cuna (<i>bumper pads</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi nuevo bebé duerme con un edredón, una colcha o mantas gruesas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi nuevo bebé duerme con una manta o sábana liviana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mi nuevo bebé duerme con muñecos de peluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mi nuevo bebé duerme con un cojín posicionador para bebés (<i>wedge</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mi nuevo bebé duerme con un cojín en forma de U o tipo Boppy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mi nuevo bebé duerme conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Mi nuevo bebé duerme con otros adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Mi nuevo bebé duerme con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. A continuación enumeramos algunos lugares en los que generalmente duermen los bebés. Por favor indique cuál describe el sitio en que su bebé duerme por lo general. Marque UNA respuesta

Cuna o cuna portable
Moisés o cunita
Cama o colchón para adultos
Cama de agua
Sofá o futón
Silla o reclinadora
Corral portable para bebés o cuna de viaje
Silla infantil para auto
Coche de bebé o carriola

Columpio para bebé

Algún otro lugar → Por favor indique cuál: _____

52. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con que frecuencia se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para él o ella?

Nunca → Pase a la Pregunta 54

Rara vez → Pase a la Pregunta 54

A veces

Frecuentemente

Siempre

53. ¿Por qué se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

Los servicios que necesitaba no estaban disponibles en mi zona

Habían listas de espera u otros problemas para conseguir citas

Mi seguro médico no cubre los servicios que necesitaba

Otra Por favor, escríbala:

54. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado (por ejemplo cunas, medicinas, juguetes)?

No → Pase a la Pregunta 56

Sí

55. ¿De dónde recibió la información sobre los productos infantiles que se deben retirar del mercado?

Marque TODAS las que correspondan

De los fabricantes de los productos

De un doctor, enfermera u otro trabajador de la salud

De un periódico, radio, televisión o Internet

De familiares o amigo(a)s

Anuncios en las tiendas sobre retiro del mercado

Otra Por favor, escríbala: _____

56. ¿Alguno de sus familiares directos o de sangre (madre, padre, hermanas o hermanos) ha tenido alguna de las condiciones que aparecen en la lista a continuación? Para cada condición, marque **No**, si nadie en su familia ha tenido esa condición, **Sí**, si algún familiar ha tenido esa condición, o **No sé**, si usted no sabe al respecto.

	No	Sí	No sé
a. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ataque cardiaco antes de los 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Presión arterial alta (hipertensión arterial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cáncer de mama antes de los 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. ¿Cuándo fue la última vez en que un dentista o un higienista dental le hizo una limpieza dental?

En el último año (hace menos de 12 meses)

Hace más de 1 año, pero menos de 2 años

Entre 2 años y menos de 5 años

Hace 5 años o más

Nunca me han hecho una limpieza de dientes

58. A continuación tenemos una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse en caso de una emergencia. En cada caso, por favor díganos si las ha hecho o no. En cada caso, encierre en un círculo **S** (Sí), si es algo que ha hecho para prepararse ante una emergencia o encierre en un círculo **N** (No), si no lo ha hecho.

- a. Tengo un sitio de reunión con mis familiares (diferente a la casa) en caso de emergencias.....N S
- b. Tengo un plan para mantenernos en contacto con la familia si nos separamos.....N S
- c. Tengo un plan de evacuación si necesito salir de la casa y mi comunidad N S
- d. Tengo un plan de evacuación para mi hijo o hijos en caso de emergencia (permiso para que mi hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela)N S
- e. Tengo copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de mi casa.....N S
- f. Tengo suministros de emergencia en mi casa para mi familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres díasN S
- g. Tengo suministros de emergencia en mi auto, en mi trabajo o en casa para llevar en caso de que tenga que salir rápidamenteN S
- h. Mi familia y yo hemos practicado qué hacer en caso de una emergencia en casaN S

59. En un desastre o emergencia de grandes proporcionales, ¿cuál sería su método o forma PRINCIPAL de comunicarse con familiares y amigos? Marque UNA respuesta

Teléfono de casa normal (línea fija)

Celular

Correo electrónico

Medios sociales como Facebook

Buscapersonas o pager

Radio bidireccional

Otro → Por favor indique cuál: _____

60. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted ahora? Marque TODAS las que correspondan

Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres – entrevista final

Seguro médico privado de mis padres – entrevista final

Seguro médico del Mercado de Seguros Médicos (conocido en inglés como *Health Care Market Place*)- – entrevista final

Seguro médico comprado directamente de una compañía de seguros-- entrevista final

Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros - entrevista final

Medicaid (required: state Medicaid name)- entrevista final

TRICARE u otro seguro médico militar - entrevista final

Servicio de salud indio o tribal - entrevista final

Algún otro tipo de seguro médico → Por favor escríbalo:

No tengo ningún seguro médico *ahora* → Pase a la Pregunta 61

61. ¿Cuál es la razón por la que no tiene ningún seguro médico ahora? Marque TODAS las opciones que correspondan

El seguro médico es muy caro

No puedo obtener seguro médico de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja

Solicité un seguro médico, pero todavía estoy esperando que me lo aprueben

Tuve problemas al llenar la solicitud de seguro médico

Mis ingresos son muy altos para registrarme en el programa público que quiero

No sé cómo conseguir seguro médico

No soy ciudadano de los Estados Unidos o no tengo los documentos correspondientes de residencia de los Estados Unidos

Otra razón → Por favor indique cuál: